



## 建佑醫院性騷擾事件申訴書 (紀錄)

(有法定代理人、受任人者，請另填法定代理人、受任人資料表)

<b>被 害 人 資 料</b>	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年	月	日 ( 歲)	
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯絡 電話		服務或就學 單位		職稱		
	住 (居) 所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓							
	教 育 程 度	<input type="checkbox"/> 學齡前 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 (職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 自修 <input type="checkbox"/> 不詳							
	職 業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 不詳							
<b>申 訴 事 實 內 容</b>	加 害 人 姓 名	<input type="checkbox"/> 不詳	加 害 人 服 務 或 就 學 單 位	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不詳	職 稱 :	聯絡電話 :			
	事 件 發 生 時 間	年	月	日	<input type="checkbox"/> 上午 <input type="checkbox"/> 下午	時	分		
	事 件 發 生 地 點								
	事 件 發 生 過 程								
<b>證 據</b>	附件 1 :								
	附件 2 :	(無者免填)							
被害人(法定代理人或受任人)簽名或蓋章:					申訴日期: 年 月 日				
上紀錄經當場向申訴人朗讀或交付閱覽，申訴人認為無異。									
記錄人簽名或蓋章: _____									

### 法定代理人資料表 (無者免填)

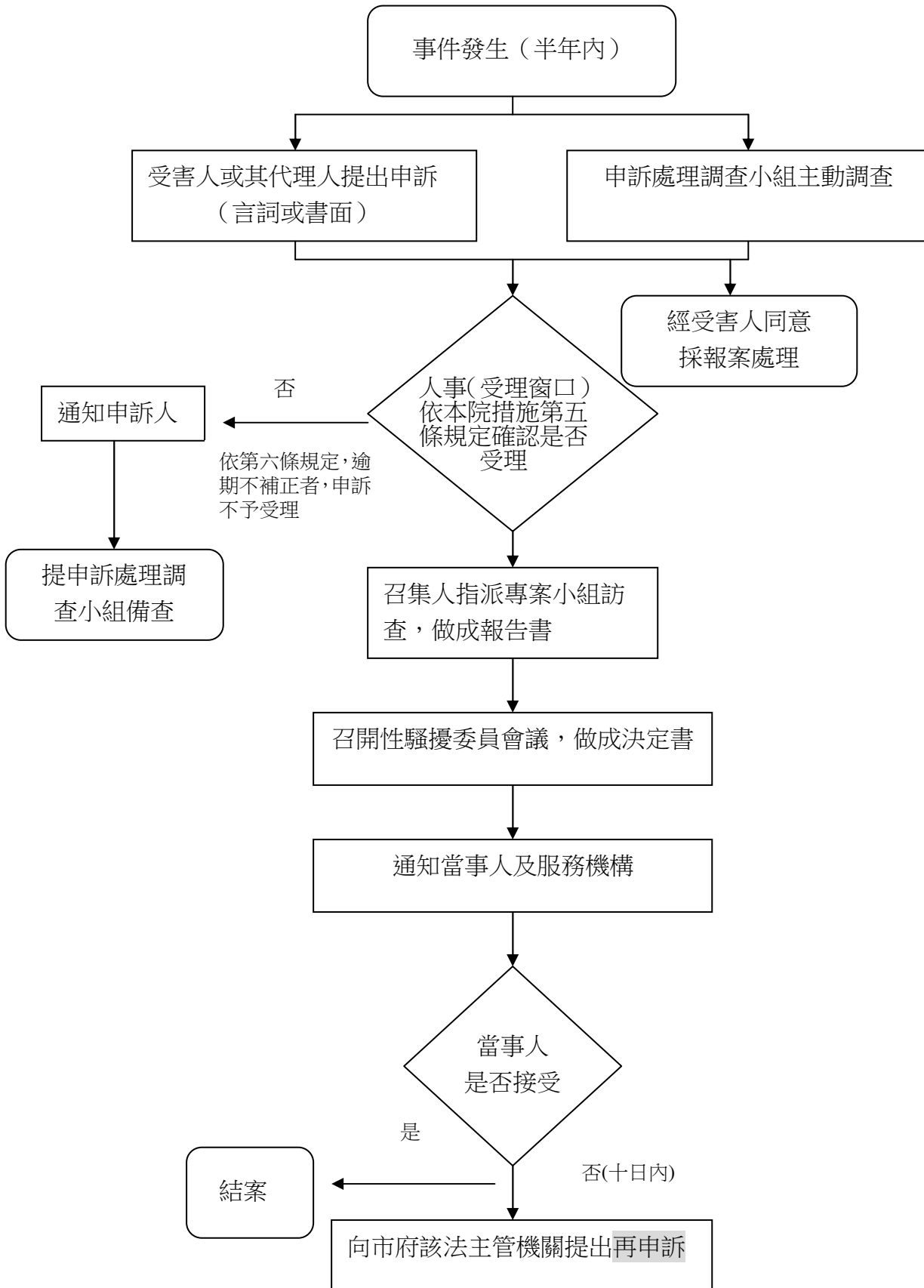
<b>法 定 代 理 人 資 料</b>	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年	月	日 ( 歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯 絡 電 話					
	住 (居) 所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓						
	職 業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 不詳						

### 受任人資料表 (無者免填)

<b>受 任 人 資 料</b>	姓 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	年	月	日 ( 歲)
	身分證統一編號 (或護照號碼)		聯 絡 電 話					
	住 (居) 所	縣 市 村 里 路 段 巷 弄 號 樓						
	職 業	<input type="checkbox"/> 學生 <input type="checkbox"/> 服務業 <input type="checkbox"/> 專門職業 <input type="checkbox"/> 農林漁牧 <input type="checkbox"/> 工礦業 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 公教軍警 <input type="checkbox"/> 家庭管理 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 其他: <input type="checkbox"/> 不詳						
<b>*檢附委任書</b>								



## 建佑醫院性騷擾申訴處理流程圖



申訴專線電話：(07)6437901#931 傳真：(07)6424994  
電子信箱：[lizni@ms48.hinet.net](mailto:lizni@ms48.hinet.net)